

2. Поражение нервных приборов мочеоточника и лоханки при всех указанных заболеваниях носит стандартный характер и представляет собой ряд явлений дегенеративного порядка.

Канд. мед. наук **Г. М. Николаев** (Казань). **Фагоцитарная активность лейкоцитов при язвенной болезни и раке желудка**

Н. В. Пучков и **Г. Г. Голодец** установили, что перфузионная жидкость, собранная во время раздражения симпатических нервов лягушки (симпатин), повышала фагоцитарную деятельность лейкоцитов крови, а собранная во время раздражения блуждающего нерва (ацетилхолин) — снижала. Эти данные позднее подтверждены другими исследователями (**С. М. Титова**, **Р. У. Липшиц**, **А. Д. Адо** с сотр. и др.).

Исследования по методике **Е. А. Кост** и **И. В. Стенко** фагоцитарной активности лейкоцитов крови проводились у 118 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и у 21 практически здорового человека. У большинства больных отмечались перигастриты, перидуодениты, стенозы привратника и двенадцатиперстной кишки, а также пенетрации в печень и поджелудочную железу. О степени фагоцитоза судили по фагоцитарному показателю. Материалом служила живая культура белого стафилококка. В мазке подсчитывалось количество микробов, захваченных 100 лейкоцитами. Среднее арифметическое чисел фагоцитарных показателей у здоровых лиц равно $9,34 \pm 0,35$, а у больных язвенной болезнью — $3,22 \pm 0,19$, то есть резкое падение.

У 17 больных раком желудка (подтвержденным гистологически после операций) среднее арифметическое чисел фагоцитарных показателей оказалось равным $5,8 \pm 0,68$, причем у 6 был в пределах 1,4—4,6, то есть как и у больных язвенной болезнью. У всех этих 6 больных раком желудка был типичный длительный (5—10 лет и более) язвенный анамнез, гипертрофический гастрит, обширный спаечный процесс.

Студ. **Г. К. Казьмина** (Казань). **Диагностическое значение уровня сиаловой кислоты при некоторых инфекционных заболеваниях и злокачественных новообразованиях желудочно-кишечного тракта**

Уровень сиаловой кислоты в сыворотке крови у 50 исследованных здоровых людей колебался от 0,100 до 0,185 ед. опт. пл., средняя величина — 0,130 ед., колебания от средней $\pm 0,020$. По нашим данным, у лиц в возрасте до 30 лет уровень сиаловой кислоты в большинстве случаев колеблется от 0,100 до 0,130 ед., а после 30 лет — от 0,130 до 0,185 ед.

У 5 больных сыпным тифом в разгар болезни (7—11 день) отмечено от 0,190 до 0,220 ед. со снижением до нормы к концу заболевания (к 17—21 дню болезни).

Значительно повышен уровень сиаловой кислоты при рожистом воспалении (15 чел.), особенно на высоте болезни (от 0,220 до 0,427).

При болезни Боткина (15 чел.) выраженных сдвигов мы не наблюдали.

В практической деятельности представляет затруднение дифференциальная диагностика болезни Боткина с механической желтухой, вызванной сдавлением желчевыводящих путей при раке головки поджелудочной железы или фатерова сосочка. Нами исследован уровень сиаловой кислоты у страдавших раком органов пищеварительного тракта, у которых мы констатировали высокий уровень сиаловой кислоты (от 0,250 до 0,360 ед.). Сравнивая уровень сиаловой кислоты у больных раком пищевода и желудка с уровнем сиаловой кислоты у больных раком головки поджелудочной железы или фатерова сосочка со сдавлением желчевыводящих путей и, соответственно, с развитием желтушного синдрома, разницы мы не наблюдали.

У 3 больных раком желудка, получавших лучевую терапию, количество сиаловой кислоты было в пределах нормы, что соответствует наблюдениям **Андерсона** и **Маклагана**.

Обработав наши данные методом дисперсионного анализа, мы отметили, что при болезни Боткина количество сиаловой кислоты остается в пределах нормы, при раке же головки поджелудочной железы или фатерова сосочка увеличивается в 2 раза. Этот факт дает возможность использовать его для дифференциальной диагностики болезни Боткина с механической желтухой опухолевого происхождения.

М. С. Тодорцева (Саратов). **Некоторые экспериментальные данные об этиологии фибромиом матки**

Учитывая большой интерес к выявлению роли нервной системы в процессах опухолевого роста и недостаточную изученность морфологических изменений в нервном аппарате новообразований, в нашей клинике (зав.—проф. **А. М. Фой**) с 1955 г. проводится работа по изучению влияния длительной гиперэстрогении на нервный аппарат матки в процессе развития в ней экспериментальных фибромиом. Опыты с длительным введением эстрогенных гормонов проведены на 120 некастрированных самках морских свинок весом от 150,0 до 250,0, которые были разделены на 4 группы.